



Estado de Delaware

Departamento de Servicios para Niños, Jóvenes y Sus Familias
División de Servicios de Salud Mental del Niño

Manual para Niño/Familia

Participante En Los Servicios de la División de Salud Mental Infantil (DCMHS)



Servicios a Pacientes Externos

Vision

Excelencia en Servicios de Salud Mental:
Dirigiendo la Nación con cuidado innovativo para
un mundo cambiante.

Mision

Desarrollar el potencial de esta generacion y la
venidera a traves de:

- tratamiento eficaz para niños y sus familias
- colaboracion con servicios asociados

DCMHS es acreditado por la Comision Conjuntade Organizaciones de Salud.

www.state.de.us/kids/cmhhome.htm

Tabla de Contenido

1.	El Sistema de Protección Administrada del DCMHS	
	a. Que hacer en caso de una emergencia en Salud Mental/Abuso de Drogas	1
	b. Cadena de Servicios del DCMHS	2
	c. Nuestra División y nuestro Departamento	3
2.	Responsabilidades del DCMHS	4
3.	Derechos y Responsabilidades del Cliente/Familia	5
4.	Información Confidencial del Cliente	6
5.	Proceso de Quejas	7
6.	Resumen del Plan de Servicio para su Niño	8
7.	Otras Agencias e Información Importante	9
8.	Recursos e Información	10
9.	Acuerdo entre DCMHS y Padre/Guardian del Niño que participara en los servicios del DCMHS (copia del cliente)	12
10.	Acuerdo entre DCMHS y Padre/Guardian del Niño que participara en los servicios del DCMHS (copia del cliente)	13

Para más información para niños y sus familias, incluyendo tipo de asuntos de salud mental y diagnósticos, visite nuestra página web al: www.state.de.us/kids/cmhome.htm

Copias de este manual son disponibles a los niños y sus familias en todos los emplazamientos del DCMHS.



Qué hacer en una emergencia del niño en salud mental/abuso de drogas?

Acciones a tomar:

1. Determine si es que necesita ayuda médica o de la policía. Si así es, lláme al 911
2. Comuníquese con su proveedor de servicios de salud mental/abuso de drogas o siga las instrucciones que le dan referente a los servicios en caso de emergencia.
3. Si usted desea comunicarse con su coordinador del DCMHS, lláme al número de la oficina. Si su coordinador no está disponible, favor de explicar que su llamada es de emergencia y se le referirá a otro miembro del personal de servicios clínicos. Use éste número solamente durante los días laborales y horas de trabajo.

En las siguientes situaciones llame a los numeros de crisis:

1. Si necesita ayuda de emergencia y su proveedor de servicios no está disponible, ...
2. Si tiene un crisis con un niño quien esta fuera del estado...
3. Durante horas fuera de trabajo, en la noche, o los fines de Semana, puede llamar ...

Servicios en Crisis del DCMHS

Condado de New Castle (norte del Canal C&D)	302.633.5128
Condado de New Castle (sur del Canal C&D)	1.800.969.HELP (4357)
Condados Kent y Sussex	302.424.HELP (4357)

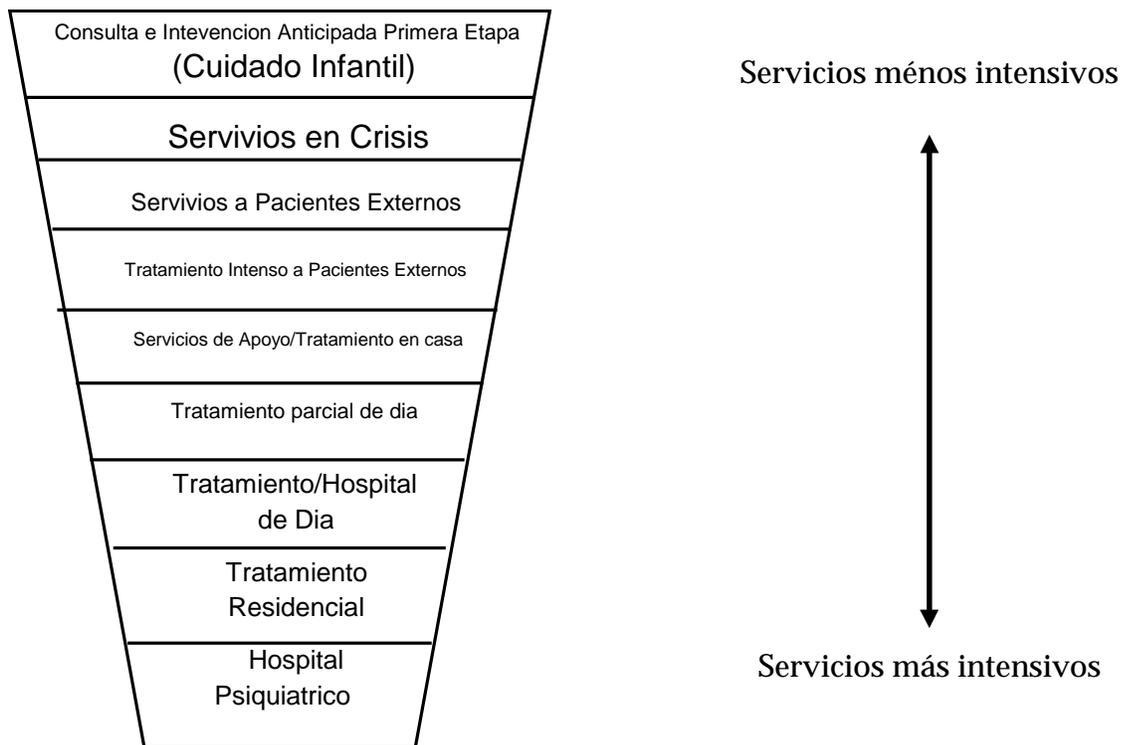
Por favor use el servicio en crisis sólamete en emergencias de salud mental/abuso de drogas.

Coordinador: _____ Número de Teléfono: _____

Lunes – Viernes 8:00 a.m. – 4:30 p.m.

CADENA DE SERVICIOS DEL DCMHS

Proveemos servicios de salud mental y tratamiento del abuso de drogas a niños menores de 18 años a través de nuestra Cadena de Servicios

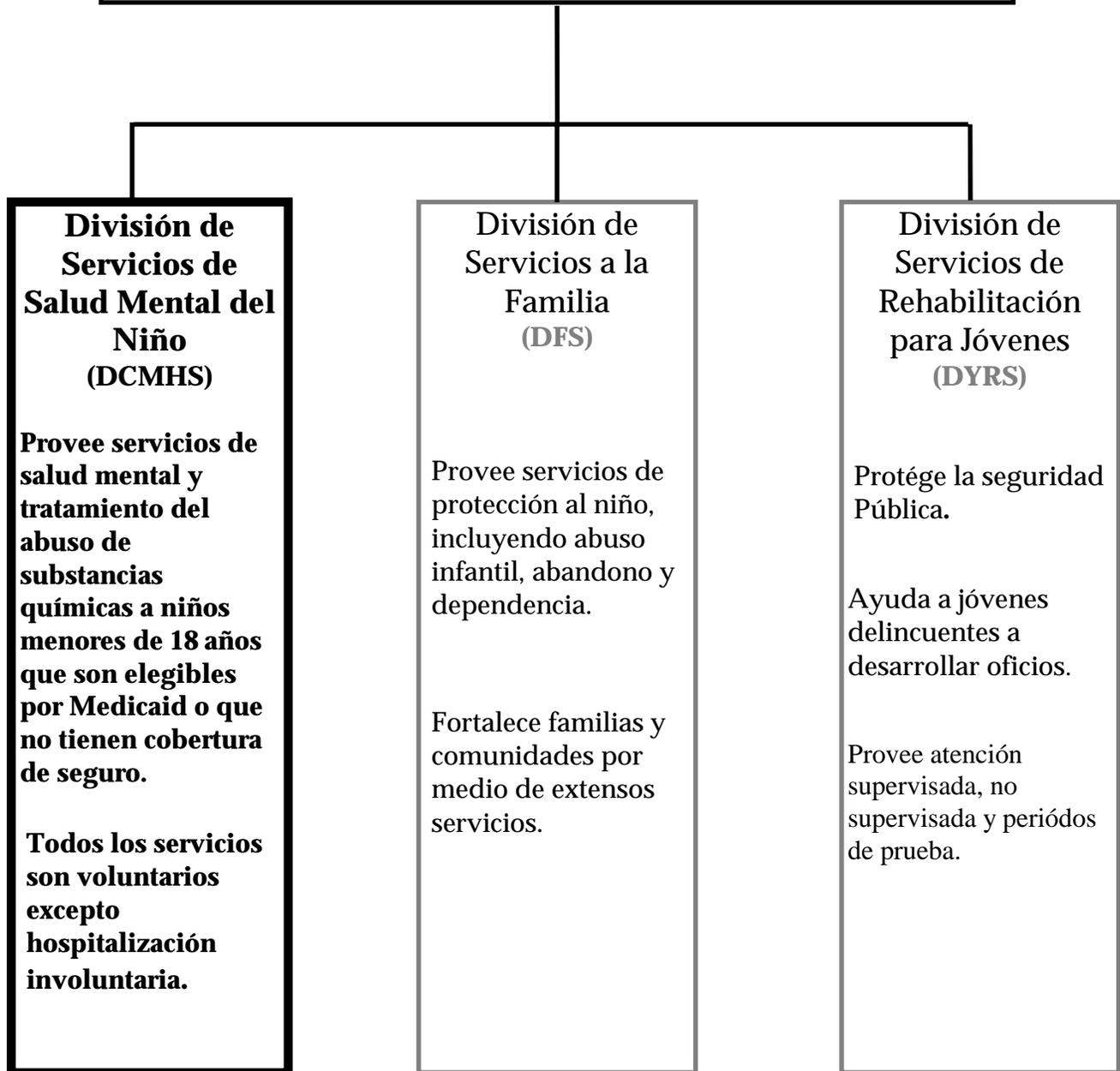


CADENA DE LOS SERVICIOS DEL DCMHS:

- **a lo largo del-estado**
- **proveedores de tratamiento a nivel privado y público**
- **variedad de servicios de tratamiento los cuales son**
 - **individualizados para niño/familia**
 - **lo menos intensivos**
 - **lo menos restrictivos**
 - **clínicamente apropiados**



Departamento de Servicios para Niños, Jóvenes y sus Familias



Los niños que reciben servicios de la DCMHS también pueden recibir servicios de DFS y/o DYRS.

Responsabilidades de DCMHS



DCMHS proveerá información y referirá a aquéllas personas que no requieren o califican para servicios de DCMHS.



DCMHS evaluará a personas elegibles como manera de determinar qué nivel de servicios es más apropiado.



DCMHS le dirá a las familias y a los agentes de referimiento los resultados de elegibilidad y evaluaciones de necesidades clínicas en un tiempo oportuno y razonable.



DCMHS proveerá coordinación del caso para clientes y sus familias que estén autorizados para servicios del DCMHS. Los coordinadores trabajarán muy de cerca con los administradores de las Divisiones de Servicios para Familias y Servicios de Rehabilitación de Jóvenes y con la educación del niño y los proveedores del cuidado de salud.



DCMHS hará todos los esfuerzos para proveer servicios mientras los niños y jóvenes viven con sus padres y asisten a escuelas en la comunidad.



Asegurar que el niño y su familia estén educados sobre todos los asuntos de salud mental que son pertinentes, incluidos en el servicio y plan de tratamiento cuando es posible.

Derechos y Responsabilidades del Niño y la Familia



Niños y Familias que reciben servicios de DCMHS tiene el derecho a:

1. tener acceso a servicios de tratamiento que son clínicamente necesarios.
2. servicios individualizados provistos de la manera menos restricta.
3. informada participación en el planeamiento de servicios.
4. respeto y cuidado.
5. servicios culturalmente competentes.
6. confidencialidad hacia toda información sensible.
7. un proceso de quejas cuando los clientes están insatisfechos con los servicios.



Las Familias son responsables de:

1. facilitar información clínica y pertinente a la Familia, escuela, y salud del niño con el propósito de demostrar que el niño califica para recibir servicios del DCMHS.
2. participar en el planeamiento de servicios.
3. proveer servicios de salud básicos para sus hijos.
4. Pagar parte del costo del tratamiento de salud mental para su niño cuando es necesario (esto será explicado antes de comienzo de servicios). Los clientes de Medicaid no tienen que hacer ningún tipo de pago para servicios.

CONFIDENCIALIDAD DEL CLIENTE



DCMHS valora la confidencialidad de información sobre el niño/familia.



Nosotros operamos en base a “es necesario saber”. DCMHS, otro personal del Departamento y proveedores del tratamiento tienen acceso y usan sólo información necesaria para completar sus labores concerniente al servicio del cliente.



No se dará información confidencial fuera de los administradores del Departamento y agencias contratadas sin su autorización.



Alguna de la información NO es confidencial. Por ejemplo, se requiere por ley que el personal reporte sospecha de abuso/abandono o amenazas de agredirse a sí mismo o a otros.



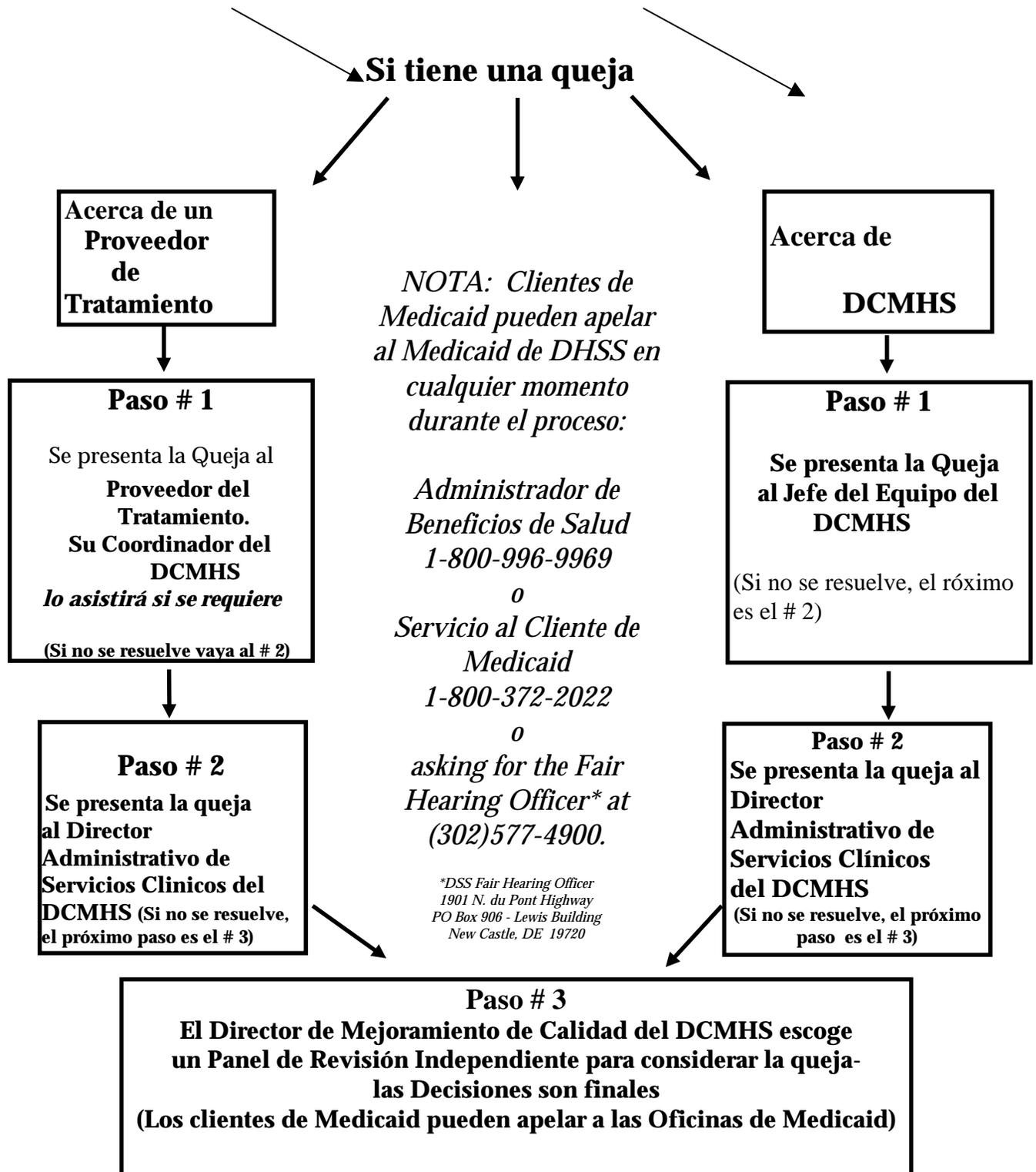
Información acerca de problemas sobre abuso de alcohol o drogas, situación del HIV, enfermedades transmitidas sexualmente y embarazo tienen reglas especialmente estrictas respecto a confidencialidad. A niños mayores de 12 años se les pedirá su consentimiento para dar dicha información.



El Departamento tiene un sistema computarizado sobre información del cliente la cuál es almacenada. El acceso a información electrónica es protegido por computadora y un procedimiento de seguridad.

Proceso de Apelación/Queja del Cliente De DCMHS

Si usted está disconforme con los servicios de DCMH,
siga los pasos de abajo para resolver su situación.



Resumen del Plan de Servicios para su Niño

Nombre del Niño: _____

Tipo de Servicio:

**Nombre y Direccion del Proveedor de Servicios que
ha Elegido:**

**Nombre de Persona que Puede Contactar en el
Sitio donde Recibira Servicios:**

**Algunos Pasos que Debe Tomar Antes de Iniciar
Servicios:**

Direcciones hacia donde se proveen los servicios estan disponibles cuando usted las solicite.

Otras Agencias e Informacion Importantes
(espacio donde el nino y su familia pueden marcar informacion)

Recursos e Informacion

Para niños y familias recibiendo servicios de la División de Servicios de Salud Mental Infantil

Agencias de Salud Mental del Estado

Para más información sobre el ingreso, cuidado, tratamiento y su terminación, y continuidad de servicios en instalaciones psiquiátricas, públicas o privadas, pongase en contacto con sus agencias de salud mental del Estado:

Servicios para Niños:

División de Servicios de Salud Mental Infantil
Departamento de Servicios para Niños, Jóvenes,
Adolescentes, y sus Familias
1825 Faulkland Road,
Wilmington, DE 19805
Número de Tel: 302-633-2573
Fax: 302-633-2614
Página de Web: <http://www.state.de.us/kids/cmhome.htm>

Servicios para Adultos:

División del Alcolismo, Abuso de Drogas, y
Salud Mental
Departamento the Servicios Sociales y de La Salud
1901 North duPont Highway
New Castle, DE 19720
Número de Tel: 302-577-4460
Fax: 302-577-4484

Cada organización tiene procesos de Apelación/Queja establecidos que proveen información a las familias sobre el proceso de quejas acerca de los servicios a través del sistema de las agencias del Estado.

Agencia Estatal de Abogacía y Protección

Cada estado tiene agencias de abogacía que reciben fondos del Centro Federal de Servicios de Salud Mental. Estas agencias están obligadas a proteger y abogar por los derechos de los pacientes con enfermedades mentales y a investigar reportes de abuso y descuido en instalaciones que cuidan o tratan a individuos con enfermedades mentales. Contacte:

Disabilities Law Program
913 Washington Street
Wilmington, DE 19801
Número de Tel: 302-575-0660
Fax: 302-575-0840

Organizaciones de Abogacía:

Organizaciones a lo largo del estado son manejadas por y para los usuarios de servicios de Salud Mental que promueven el uso de sus facultades. Estas organizaciones proveen información acerca de enfermedades mentales y otros servicios de apoyo a nivel estatal y activamente abogan y examinan asuntos relacionados con el sistema de salud mental. Para mayor información acerca de actividades del usuario, contacte a :

Asosacion de Salud Mental en Delaware:

812 D Philadelphia Pike
Wilmington, DE 19809
Número de Tel: 302-765-9745
Fax: 302-765-9745
Sin cargo: 1-800-969-6642

Pagina Web: www.mhainde.org
Correo electronico: pgalonsky@mhainde.org
o information@mhainde.org

Alianza para la Enfermedad Mental en Delaware

2500 West Fourth Street, Suite 5
Wilmington, DE 19805
Phone: 302-427-0787
Fax: 302-427-2075
Toll-free: 888-427-2643 (Statewide)
email: alliance@diamond.net.udl.edu

Centro de Informacion para Padres en Delaware

El Centro de Informacion para Padres en Delaware (PIC) provee entrenamiento y educacion en abogacia para padres que tienen hijos con incapacidades, informacion en las leyes y procesos de educacion especial, informacion en los derechos y responsabilidades de personas con incapacidades, entrenamiento en deteccion de incapacidades para escuelas y comunidades. Ademias, el PIC auspicia el programa de apoyo "De padre a padre", on grupos de soporte para ayudar a familias con las viscisitudes de tener un miembro de la familia con incapacidades. El PIC auspicia una conferencia anual que enfoca asuntos de interes para las familias con ninos que tienen incapacidades.

Delaware (Norte):

700 Barksdale Road, Suite 16
Newark, DE 19711
Numero de Tel: 302-366-0152
Fax: 302-302-366-0276
Correo electronico: picofdel@picofdel.org
Pagina Web: www.picofdel.org

Delaware (Sur):

109 N. Bedford Street
Georgetown, DE 19947
Numero de Tel: 302-856-9880
Fax: 302-856-9882
Sin cargo para Familias in Kent County:
1-888-547-4412

Clientes de Medicaid y sus Familias pueden contactar los siguientes para ayuda en abogacia, e informacion:

Delaware Medicaid Consumer Hotline:	1-800-372-2022
Health Benefits Manager:	1-800-996-9969

Informacion General Sobre Asuntos de Salud Mental Para Ninos:

El Centro de Servicios de Salud Mental de la Administracion de Servicios de Salud Mental y Abuso de Drogas mantiene una pagina web muy informativa: www.mentalhealth.org

El Instituto Nacional de Salud Mental tambien tiene informacion de interes: www.nimh.nih.org

El Centro Bazelon para Leges de Salud Mental mantiene una seccion sobre asuntos relacionados a ninos en su pagina de web: www.bazelon.org/children.htm

La Division de Salud Mental Infantil tiene informacion y conexiones a otros sitios de interes en su pagina web: (www.state.de.us/kids/cmhome.htm).

ACUERDO ENTRE DCMHS Y PADRE/GUARDIAN DEL NIÑO QUE PARTICIPARA EN LOS SERVICIOS DEL DCMHS

Yo he revisado y entendido el manual acerca de cómo la División de Servicios de Salud Mental del Niño trabaja. Yo entiendo:

Que al solicitar los servicios del DCMHS se compartirá información confidencial de mi hijo/a y la familia de acuerdo a las condiciones que se indican en la póliza de confidencialidad del Departamento. Tengo derecho a una copia de la póliza de confidencialidad si así lo deseo.

- Se asignará un Equipo Administrador de Servicios Clínicos para trabajar con my hijo/a y familia. Un miembro del equipo entrevistará a mi hijo/a para ayudar a determinar el servicio de tratamiento más adecuado. Entre los miembros de éste equipo se incluye un profesional certificado en salud mental que dirige al equipo y al coordinador del caso. El equipo incluye un psiquiatra y otros especialistas si es necesario.
- El Equipo solicitará la participación de mi hijo/a y la familia para planear el tratamiento, incluyendo planes para los pasos siguientes después que el tratamiento se completa.
- DCMHS o personas contratadas por éste pueden ponerse en contacto conmigo respecto al tratamiento de mi hijo/a para determinar si mi familia está satisfecha con el servicio que proporcionan.

Finalmente, Yo/Nosotros entendemos que mi/nuestro hijo/a y la familia pueden ser descalificados de servicios si no proveemos la información necesaria sobre la familia, financiamiento y seguro y no cooperamos con el equipo administrador de servicios clínicos y el proveedor de servicios de tratamiento.

Firma del NIÑO

Nombre del NIÑO (letra molde)

Fecha

Firma del PADRE/GUARDIAN

Nombre del PADRE/GUARDIAN
(letra molde)

Fecha

Firma del Coordinador del CSMT

Nombre del CSMT (letra molde)

Fecha

Teléfono # _____

Nombre del Lider del Equipo CSMT: _____

Teléfono # _____

Archivo del Cliente

ACUERDO ENTRE DCMHS Y PADRE/GUARDIAN DEL NIÑO QUE PARTICIPARA EN LOS SERVICIOS DEL DCMHS

Yo he revisado y entendido el manual acerca de cómo la División de Servicios de Salud Mental del Niño trabaja. Yo entiendo:

Que al solicitar los servicios del DCMHS se compartirá información confidencial de mi hijo/a y la familia de acuerdo a las condiciones que se indican en la póliza de confidencialidad del Departamento. Tengo derecho a una copia de la póliza de confidencialidad si así lo deseo.

- Se asignará un Equipo Administrador de Servicios Clínicos para trabajar con my hijo/a y familia. Un miembro del equipo entrevistará a mi hijo/a para ayudar a determinar el servicio de tratamiento más adecuado. Entre los miembros de éste equipo se incluye un profesional certificado en salud mental que dirige al equipo y al coordinador del caso. El equipo incluye un psiquiatra y otros especialistas si es necesario.
- El Equipo solicitará la participación de mi hijo/a y la familia para planear el tratamiento, incluyendo planes para los pasos siguientes después que el tratamiento se completa.
- DCMHS o personas contratadas por éste pueden ponerse en contacto conmigo respecto al tratamiento de mi hijo/a para determinar si mi familia está satisfecha con el servicio que proporcionan.

Finalmente, Yo/Nosotros entendemos que mi/nuestro hijo/a y la familia pueden ser descalificados de servicios si no proveemos la información necesaria sobre la familia, financiamiento y seguro y no cooperamos con el equipo administrador de servicios clínicos y el proveedor de servicios de tratamiento.

Firma del NIÑO

Nombre del NIÑO (letra molde)

Fecha

Firma del PADRE/GUARDIAN

Nombre del PADRE/GUARDIAN
(letra molde)

Fecha

Firma del Coordinador del CSMT

Nombre del CSMT (letra molde)

Fecha

Teléfono # _____

Nombre del Lider del Equipo CSMT: _____

Teléfono # _____

Archivo del DCMHS